



**NEW YORK CITY DEPARTMENT OF  
HEALTH AND MENTAL HYGIENE**

Ashwin Vasani, MD, PhD  
*Commissioner*

Ashwin Vasani, MD, PhD  
*Commissioner*

Gotham Center  
42-09 28th St.  
Long Island City, NY 11101

17 de enero de 2024

Estimado paciente,

La presente carta tiene por objeto notificarle que el Departamento de Salud y Salud Mental de la Ciudad de Nueva York (Departamento de Salud de NYC) solicita información sobre el seguro de salud o el pago de una cuota por ciertos servicios clínicos prestados a adultos (mayores de 19 años). El Departamento de Salud de NYC debe pedir el seguro de salud o el pago de los servicios para cumplir con las normas de Medicaid y otros requisitos legales.

- Si no tiene seguro de salud o no desea que su seguro facture esta visita, consulte la **sección A**.
- Si desea utilizar su seguro de salud para pagar esta visita, consulte la **sección B**

**Si no tiene seguro o no puede pagar la tarifa, aún puede recibir los servicios.**

Para más información sobre facturación, visite [nyc.gov/health](http://nyc.gov/health) y busque en las preguntas frecuentes sobre facturación de clínicas o llame al **311** y pregunte por “health department clinic billing” (facturación de clínicas del Departamento de Salud). Si tiene alguna duda, pregunte al personal de la clínica.

Atentamente,

Ashwin Vasani, MD, PhD  
Comisionado  
Departamento de Salud y  
Salud Mental de la  
Ciudad de Nueva York

**A. Si no tiene seguro de salud o no desea que su seguro sea facturado:**

**Por favor, utilice la escala de cuotas.**

1. En la columna "Tamaño de la familia", busque el número de miembros de la familia que viven en su casa, incluido usted.
2. Lea **HORIZONTALMENTE** y localice sus ingresos anuales. No se le pedirán pruebas del tamaño de la familia ni de los ingresos anuales.
3. Mire **VERTICALMENTE** al final de esa columna para ver cuánto debe.
4. Rellene un cheque o giro postal (no efectivo) a nombre del **Departamento de Salud y Salud Mental de la Ciudad de Nueva York**.
5. Incluya el nombre completo del paciente, la fecha de la visita y el número de identificación de la historia clínica electrónica del paciente (**EMR ID**, por sus siglas en inglés) (que se encuentra en la etiqueta de la parte delantera de esta carta) en el cheque o giro postal. La dirección a la que debe enviar el pago es la siguiente

**Instrucciones**

<b>Paso 1</b> Busque el tamaño de su familia (incluya a todos los adultos y niños que vivan con usted).	<b>Paso 2</b> Busque la cantidad que le pagan en un año en las columnas indicadas (de izquierda a derecha).	<b>Paso 3</b> Siga las columnas de la parte inferior del cuadro para saber cuánto deberá pagar por sus visitas a la clínica.
--	--	---

**Escala de cuotas**

Tamaño familiar	Ingresos anuales					
	1	Bajo \$14 580	\$14 581 a \$18 225	\$18 226 a \$21 870	\$21 871 a \$29 160	\$29 161 a \$36 450
2	Bajo \$19 720	\$19 721 a \$24 650	\$24 651 a \$29 580	\$29 581 a \$39 440	\$39 441 a \$49 300	Sobre \$39 301
3	Bajo \$24 860	\$24 861 a \$31 075	\$31 076 a \$37 290	\$37 291 a \$49 720	\$49 721 a \$62 150	Sobre \$62 151
4	Bajo \$30 000	\$30 001 a \$37 500	\$37 501 a \$45 000	\$45 001 a \$60 000	\$60 001 a \$75 000	Sobre \$75 001
5	Bajo \$35 140	\$35 141 a \$43 925	\$43 926 a \$52 710	\$52 711 a \$70 280	\$70 281 a \$87 850	Sobre \$87,851
6	Bajo \$40 200	\$40 281 a \$50 350	\$50 351 a \$60 420	\$60 421 a \$80 560	\$80 561 a \$105 420	Sobre \$105 421
7	Bajo \$45 420	\$45,421 a \$56 775	\$56 776 a \$68 130	\$68 131 a \$90 840	\$90 841 a \$113 550	Sobre \$113 551
<b>Tarifa</b>	<b>\$0</b>	<b>\$2</b>	<b>\$3</b>	<b>\$20</b>	<b>\$30</b>	<b>\$40</b>

**Ejemplos de escalas de cuotas:**

- Una persona soltera (Tamaño de la familia de 1) con unos ingresos anuales de \$19 000 pagará una tarifa de \$3.
- Una persona que viva con tres hijos, un cónyuge y un pariente (Tamaño de la familia de 6) con ingresos anuales de \$60 421 pagará una tarifa de \$20.

**B. Utilizando su seguro de salud para pagar la visita:**

**Si no ha traído hoy su tarjeta del seguro, rellene la parte inferior de esta página y envíela a la dirección postal que aparece más abajo.**

**Si dio la información de su seguro en la clínica o la está enviando por correo, usted o el asegurado pueden recibir una Explicación de Beneficios (EOB, por sus siglas en inglés) de su proveedor de seguros. La EOB enumerará los servicios que recibió y mostrará si se requiere un copago. Si debe un copago, envíe por correo un cheque o giro postal (no efectivo) a nombre del **Departamento de Salud y Salud Mental de NYC** a la dirección que se indica a continuación. El cheque o giro postal debe incluir el nombre completo del paciente, la fecha de la visita y el número de identificación del paciente en el **EMR ID** (que se encuentra en la etiqueta en la parte delantera de esta carta).**

**Dirección de envío:**

NYC Department of Health and Mental Hygiene  
Attn: Division of Finance  
42-09 28th St., CN48  
Long Island City, NY 11101



**Por favor, facture mi visita al seguro de salud indicado a continuación:**

Nombre del seguro de salud (requerido): \_\_\_\_\_

Dirección del seguro de salud: \_\_\_\_\_

Número de teléfono del seguro de salud: \_\_\_\_\_

ID del Seguro (requerido): \_\_\_\_\_ Número de grupo: \_\_\_\_\_

**Si la cobertura del seguro es a través de un cónyuge, pariente u otro:**

Nombre del asegurado: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento del asegurado: \_\_\_\_\_

Relación con el asegurado (si no es el paciente o usted mismo):  Cónyuge  Pariente  Otro

**Firma:** \_\_\_\_\_

**Fecha:** \_\_\_\_\_